

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° 318

THÈSE 318

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Michel DOOR

Né le 7 Octobre 1911, à Septmoncel (Jura)

Anorexie des Enfants par fautes d'hygiène psychique et alimentaire

SON TRAITEMENT

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Michel DOOR

Né le 7 Octobre 1911, à Septmoncel (Jura)

Anorexie des Enfants par fautes d'hygiène psychique et alimentaire

SON TRAITEMENT

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
»	NOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNI
»	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM	
ANELINE	Pathologie chirurgic.	LACOMME	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
Justin BESANÇON	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie médicale.	M ^r J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOREAU	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS	Anat. pathologique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GAYET	Physiologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GENNES	Histologie Médicale.	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	SCHWARTZ	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Patholog. chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN	} Clinique médicale.	VELTER	} Clinique obstétricale.
PASTEUR-VALLERY-RADOT		ECALLE	
SEZARY		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

ET

A MON PÈRE LE DOCTEUR A. DOOR

Croix du Combattant Volontaire
Croix de Guerre

*Qui ont fait preuve d'abnégation en
s'imposant de sévères restrictions afin de
pourvoir aux longues et dispendieuses
études de leurs enfants, et particulière-
ment aux miennes.*

*Ce faible témoignage de filiale grati-
tude.*

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A M. LE PROFESSEUR ROBERT DEBRÉ

Officier de la Légion d'Honneur. Croix de Guerre

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse,*

A M. LE DOCTEUR HENRI JANET

Médecin de l'Hôpital Ambroise-Paré

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

*En reconnaissance de l'enseignement
de la Phthysilogie et de la Pédiatrie dont
nous avons profité auprès de ce Maître
et des précieux conseils qu'il a bien vou-
lu nous prodiguer pour l'exécution de ce
travail, dont il est l'inspirateur.*

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR LÉON ZADOC-KAHN

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Paris
Médecin-Chef de l'Hôpital Rothschild
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Qui, pendant notre internat, nous a appris, en plus de la Médecine, « l'Art d'être Médecin », c'est-à-dire à aimer le malade et à s'en faire aimer.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

M. le Professeur GRÉGOIRE
M. le Professeur ACHARD
M. le Professeur Agrégé CHABROL
M. le Docteur LOUIS MICHON
M. le Docteur LÉON TIXIER

Externat :

M. le Docteur LÉON GERNEZ (*in memoriam*)
M. le Professeur Agrégé MOULONGUET-DOLÉRIS
M. le Docteur HENRI JANET
M. le Docteur JEAN DECOURT

Internat :

M. le Docteur ZADOC-KAHN

**A MES COLLÈGUES D'INTERNAT
DE L'HOPITAL ROTHSCHILD**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

INTRODUCTION

Pendant l'année d'externat que nous avons passée auprès de notre maître M. H. Janet, dans son service de médecine infantile de l'Hôpital Ambroise-Paré, nous eûmes fréquemment l'occasion d'examiner des enfants que leurs parents amenaient à la consultation « parce qu'ils n'avaient pas faim ».

Chez certains, l'examen clinique permettait de mettre en évidence une affection déterminée (tuberculose, hérédo-syphilis, infections chroniques du rhino-pharynx, etc.), qui devait passer au premier plan de nos préoccupations. Chez d'autres, l'examen clinique ne permettait pas de déceler un état pathologique susceptible d'être la cause de l'anorexie. Mais nous trouvions une faute d'hygiène générale : le défaut d'aération ou de lumière, ou bien du surmenage scolaire.

Certains enfants rentraient dans le cadre classique de l'anorexie mentale. Fréquente surtout chez la jeune fille, cette anorexie peut se voir également dans la seconde enfance et même chez le nourrisson (Lereboullet, J. Hutinel, Lelong, Mathieu, etc.). Cette forme d'anorexie est bien connue et parfaitement étudiée depuis longtemps ; nous ne nous en occuperons pas ici.



Nous voudrions étudier dans ce travail *une autre forme d'anorexie*, où le facteur mental est fort important, mais qui est bien différente de la précédente ; elle s'en distingue par l'étiologie, par la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique. Elle a été bien isolée et décrite par M. H. Janet dans un article paru en 1936 dans le Journal de Médecine et Chirurgie Pratique, sous le titre « *Sur une forme d'anorexie des enfants. Son traitement par le régime ascendant et la psychothérapie* ».

Cette anorexie doit être caractérisée avant tout par son étiologie ; on peut l'appeler : « anorexie par faute d'hygiène alimentaire et psychique ». Ce qu'il faut d'emblée mettre en évidence, c'est l'intrication de ces deux facteurs qui agissent simultanément ; réagissant l'un sur l'autre. Dans les cas les plus purs, on ne trouve aucune faute d'aération, aucune carence solaire. Mais l'enquête sur le mode de vie familiale, sur l'atmosphère psychique qui entoure l'enfant, sur le régime alimentaire, permet de déceler les erreurs responsables.

L'anorexie dont il s'agit se rencontre surtout entre deux et six ans. Elle est souvent rebelle, résistant pendant des mois et des années aux efforts les plus variés : elle cède souvent d'une façon remarquable à la mise en œuvre d'une thérapeutique convenable : régime que M. H. Janet appelle « ascendant » et psychothérapie différente de celle qui est employée dans la classique anorexie mentale.

Nous nous proposons ici d'étudier cette forme particulière d'anorexie et d'en rapporter quelques observations.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS. — LIMITATION DU SUJET

L'appétit est un instinct naturel qui se révèle dès les premières heures de la vie, et l'on conçoit que sa carence soit l'objet d'une légitime inquiétude pour les mères.

A l'état normal, c'est avec enthousiasme que l'enfant se voit présenter les mets qui constituent son repas. Souvent il le réclame avant l'heure; c'est avec impatience qu'il attend son goûter. Voir manger l'enfant est une joie pour les parents, qui voient dans cet acte, et à juste titre, le reflet d'une bonne santé et le facteur d'une croissance normale.

Lorsque, par contre, ils constatent que l'enfant refuse tout ou partie des mets qu'on lui présente, en manifestant même une certaine répugnance, la joie fait place à une inquiétude grandissante. Dans leur désarroi, ils prennent des initiatives malencontreuses et commettent une série d'erreurs, qui, loin de supprimer l'anorexie, ne font que l'entretenir et l'aggraver.

Les jeunes animaux ont un appétit qui n'est pas surveillé, modifié, dirigé par leurs parents. Dès leur plus jeune âge, ils sont laissés à une entière liberté pour se nourrir. Le jeune chien qui a assez de sa pâtée la laisse, et il a raison. Son appétit suit la physiologie de son organisme. Pour discerner ce qui lui est utile et ce qui lui est nuisible, l'animal possède un guide sûr dans l'instinct, qui est la con-

densation des expériences ancestrales dont il a hérité.

L'enfant, par contre, est moins bien doué que l'animal sur ce point ; son instinct est moins protecteur, du fait d'une longue hérédité de civilisation. « L'intelligence de l'homme a envahi le territoire de l'instinct, elle lui a donné liberté d'accomplir maints progrès, mais au prix de combien de tâtonnements et d'erreurs. » (Paul Carton, *Traité de Médecine naturiste*). Malgré cela, l'instinct de l'enfant serait dans bien des cas suffisant à lui assurer une alimentation normale, si des interventions intempestives n'intervenaient, pour la fausser aussi bien dans sa qualité que dans sa quantité.

« La phobie de la faiblesse, la frénésie du fortifiant, les prescriptions thérapeutiques de la meurtrière suralimentation ont amené l'éclosion de préjugés et de pratiques alimentaires qui ravagent toutes les classes de la société. »

Nous tenons, au seuil de ce travail, à bien marquer la différence qui sépare l'anorexie que nous voulons étudier, de l'anorexie mentale classique, en particulier de l'anorexie mentale des jeunes filles, qui est la plus typique.

La pathogénie de cette dernière n'est pas la même ; il s'agit en effet « d'éclopées de l'affectivité réagissant sur la sphère digestive ». (H. Baruk). Alors qu'elle se voit dans des cas très particuliers, l'anorexie que nous allons étudier est très fréquente. Son pronostic est parfois grave, alors que celui de la forme qui nous occupe l'est en général beaucoup moins. Lorsque nous étudierons le traitement, nous verrons que le régime ascendant et psychothérapie sont bien différents de ce que l'on fait dans l'anorexie mentale classique.

CHAPITRE II

LE MILIEU FAMILIAL

Où rencontre-t-on cette forme d'anorexie ? Comme nous le disions plus haut, c'est aussi bien une maladie de ville qu'une maladie de clientèle hospitalière. C'est dire qu'on la rencontre à tous les degrés de l'échelle sociale, aussi bien dans les familles fortunées, aisées ou modestes, que dans les familles « économiquement faibles ». Elle paraît cependant moins fréquente aux deux extrémités de la société :

a) dans les familles riches où les enfants sont le plus souvent confiés à des gardes professionnelles expérimentées ;

b) dans les familles pauvres où le nombre des enfants et la modicité des ressources ne sont guère compatibles avec le caprice et la fantaisie.

« Ce qui se manifeste autour de la table familiale quand un plat apparaît, c'est non l'anorexie, mais un bel appétit illuminant les yeux des enfants dont les âges s'échelonnent presque d'année en année et dont les caprices ne pourraient être pris en considération par une mère de famille surmenée. » (H. Janet.)

Même dans ce dernier cas, on trouve parfois de petits anorexiques, mais alors les fautes alimentaires sont seules en cause, où de jeunes estomacs fra-

giles subissent les rudes assauts des soupes au lard et à la graisse, des conserves et des mauvaises charcuteries.

La forme d'anorexie que nous étudions se trouve dans les familles modestes, pauvres parfois, et où l'enfant souvent unique, est l'objet d'une sollicitude exagérée, où l'attitude maternelle normale est un peu déviée de son but : « Tout le monde connaît ces femmes à l'esprit inquiet, épiant toutes les réactions de leurs enfants, pour lesquelles le moindre malaise prend les proportions d'une maladie grave, et nécessite de leur part une intervention active et trop souvent maladroite ; que l'enfant, pour une circonstance fortuite, n'ait pas faim, la mère craint immédiatement l'inanition et croit bien faire, en établissant rapidement un régime spécial où des produits chers, vantés par une habile publicité, tiennent la première place. Elle n'épargne ni son temps, ni sa peine, ni son argent parfois difficilement gagné, et cette touchante sollicitude, par un injuste retour, n'est pas payée de succès. » (H. Janet.)

Ce sont alors de petits anorexiques créés de toute pièce par des facteurs artificiels dus à un excès de civilisation et de bien-être qui fausse la nature.

Le milieu intellectuel des parents ne semble pas jouer un grand rôle dans cette étiologie. On la rencontre dans tous les milieux, des plus évolués et intelligents, à ceux qui le sont moins. Cependant, que ce soit chez les uns ou chez les autres, cette anorexie est nettement influencée par l'état de sensibilité, d'émotivité, de nervosité de la famille. D'ailleurs, ces anorexiques sont souvent de souche neuro-arthritique, M. Comby l'a, de longue date, fait remarquer.

L'entourage de l'enfant, comme nous venons de le dire, joue un rôle prépondérant dans la genèse de cette forme d'anorexie. « L'anorexie infantile se voit dans une catégorie spéciale de familles nombreuses, où ce ne sont pas les enfants, mais les parents qui sont nombreux. »

Et à ce propos, voici une observation bien significative que rapporte M. Janet : « Une jolie petite fille de quatre à cinq ans, très fine, gracieuse, aimable par moment, semblait régner sur sa famille comme une petite princesse ; elle faisait le désespoir de son entourage parce qu'elle ne mangeait pas. Elle habitait un pavillon au centre d'un petit jardin dans la banlieue de Paris, dans de bonnes conditions de lumière et d'aération.

« Milieu modeste, le père ayant dépassé la quarantaine, souvent absent de chez lui, plein de bon sens au sujet de l'éducation des enfants, mais en adoration devant sa fille et ne pouvant parler d'elle qu'avec un large sourire. La mère, un peu effacée et frêle, pleine de tendresse et de dévouement, ne comptant pas sa peine, n'osant jamais élever la voix et n'ayant aucune autorité.

« Le grand-père et la grand'mère partageaient la table de famille, tous deux donnaient abondamment leur avis. Et il y avait aussi une tante, entre deux âges, qui portait à sa nièce une affection un peu jalouse. Les repas étaient épiques, l'enfant ne voulait pas manger. La mère la suppliait avec des larmes dans la voix. La grand'mère racontait des histoires, faisait marcher le phonographe, tenait beaucoup de place et faisait beaucoup de bruit. Le père, quand il était là, se fâchait parfois, mais sa colère tombait brusquement devant le moindre sanglot de la petite fille. »

Nous voyons ainsi le rôle néfaste que peuvent inconsciemment jouer les parents sur l'évolution du caractère de l'enfant. Les premiers devoirs des éducateurs sont d'assurer le bonheur à l'enfant en lui accordant les facilités de pouvoir goûter en paix la saveur de la vie, et ce bonheur eu dans l'enfance, dit M. E. Pichon, parfumerait tout le reste de la vie. Hormis les cas d'extrême misère, tous les parents peuvent procurer ce bonheur à leurs enfants. Ce bonheur n'a pas besoin de luxe, mais de tendresse et une vie très simple, dans une famille unie et aux mœurs régulières, exempte de brutalités et de châtiments corporels, apporte à l'enfant la paix et les enchantements que comporte la vie.

Est-ce à dire qu'il faille laisser aller les choses en une liberté sans limites ? Certes non, les éducateurs doivent nécessairement diriger, imposer des disciplines aux fins d'une adaptation du sujet à la vie en société. On lui apprendra à s'imposer certaines contraintes, on lui opposera certaines résistances, de manière à lui montrer que l'on ne fait pas toujours ce que l'on veut, enfin qu'il faut savoir se dompter soi-même. C'est dès les premières semaines de la vie de leur enfant, que les parents doivent se comporter suivant la règle de la *fermeté douce* (E. Pichon).

Le petit dont on admire tous les actes et dont on exauce servilement tous les désirs, sent bien vite son empire et tend à en abuser.

Le plus souvent, c'est à l'autorité parentale qu'il faut recourir et quand celle-ci a formulé un ordre ou une prohibition, elle doit s'y tenir avec fermeté et ne pas céder.

L'enfant s'accoutumera ainsi peu à peu à comprendre qu'il n'est pas le maître du monde et qu'il lui faut parfois céder.

CHAPITRE III

LA PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT. LE DRAME DES RÉPAS

La psychologie de l'enfant qui présente cette forme d'anorexie mérite de nous arrêter un instant.

Il s'agit le plus souvent d'un enfant à l'air vif et éveillé, précocement intelligent. Il participe intensément à la vie de son entourage. Par ses yeux, ses mains, ses paroles, ses attitudes, il s'intéresse à tout ce qui l'entoure. C'est la période de la vie où il rentre en possession du monde extérieur. Sa personnalité s'accuse ; il prend conscience de son indépendance ; il s'oppose par des volontés propres aux volontés d'autrui, il est dans sa troisième année. Il est capricieux et affiche un négativisme systématique. C'est peut-être l'âge où l'enfant interprète le mieux une parole, un geste, même un regard. Il sent très bien les faits qui mettront en opposition ses parents et dont il pourra bénéficier. Il est diplomate et tente d'amadouer son entourage pour que l'on fasse ses volontés. Bartusch-Marrain affirme qu'avant la fin de la première année déjà, les enfants sentent qu'ils possèdent un pouvoir dans leur refus de manger. Boudier contre son ventre, c'est une sorte de chantage que l'enfant exerce. « Lorsque la mère raconte avec un grand luxe de détails devant le médecin ou les amies apitoyées, les difficultés des repas et les inquiétudes qu'elle ressent,

l'enfant écoute avec intérêt, parfois même avec une obscure satisfaction ; ces prolixes et fréquentes conversations tenues devant lui constituent une sorte de suggestion continuelle, l'enfant mange sans plaisir ou refuse de manger parce qu'il entend affirmer autour de lui qu'il n'a jamais aucun appétit ; cette suggestion agit d'autant plus qu'il se sent le centre de l'intérêt et des préoccupations de la famille. » (H. Janet.)

L'état affectif de cet enfant est, en effet, extrêmement développé. C'est un être sensible, nerveux et profondément suggestionnable, fait dont il faudra tenir compte dans la conduite du traitement. Il subit ainsi, chaque jour, une suggestion inconsciente de la part de ses parents.

La médecine infantile n'est pas, comme on se plaît à le dire, une sorte de médecine vétérinaire. Nous avons affaire à un être de raison qui nous entend et nous comprend ; je n'en veux pour preuve que ces réflexions de M. Janet sur la facile suggestion des enfants. « L'enfant, à une tentative d'examen médical, réagit souvent par des cris, des pleurs, une agitation désordonnée. Si cette réaction est violente, il n'y a guère qu'à la laisser passer ; mais si, comme cela est fréquent, elle ne fait que s'ébaucher, se préparer, on a prise sur le petit malade par la suggestion. A cet enfant qui commence à protester, à charger son regard d'hostilité, à être parfaitement désagréable, le médecin doit affirmer de parti pris et avec la manière qui convient, qu'il est le plus charmant, le plus doux, le plus facile des petits malades qu'il ait jamais vus... et l'enfant s'assouplit et se laisse examiner. Si on lui affirme, au contraire, qu'il est méchant, il persiste dans son attitude, puis l'exagère, et l'examen devient impossible. »

Ce sont donc deux facteurs importants qui vont faire le lit de l'anorexie ; d'une part l'entourage de l'enfant et d'autre part l'esprit de négativisme systématique de celui-ci. « N'est pas anorexique n'importe qui ; ce sont les victimes de leur hérédité et de leur milieu. » (Bohn.)

Il se forme ainsi autour de l'enfant une atmosphère malsaine qui l'enveloppe et à laquelle il n'échappe à aucune heure de la journée. Que dire de l'atmosphère familiale où vivait Lucette (observation n° 1) à qui, chaque jour, on présentait le menu de la journée.

On imagine sans peine ce que vont être les repas, lorsque l'enfant refuse de manger. Ce sont de véritables drames familiaux, de véritables combats où deux adversaires s'affrontent.

La lutte paraît tout d'abord inégale, les parents paraissant aussitôt les plus forts : ils sont plus nombreux, ils ont pour eux l'autorité ; ils disposent de deux méthodes qui s'épuisent bien vite : la prière, la menace.

« L'enfant est plus faible physiquement, mais il a une arme efficace : la force d'inertie. Il sait garder longtemps dans la bouche sans avaler, ce qu'on a réussi à introduire entre ses lèvres ; il sait hurler et trépigner, mettant à bout de patience des parents qui, souvent, renoncent à la lutte. Et s'ils persistent, il a encore une ressource dont il sait user avec art : la régurgitation. » (H. Janet.)

Ce sont des repas qui durent des heures, où l'on réchauffe souvent les plats devenus froids. On tente de distraire l'enfant par d'ingénieux artifices, en lui contant des histoires ou en lui faisant des promesses. Une enfant de cinq ans ne voulait manger que

lorsque l'on faisait semblant de donner la fessée à

sa sœur. Tout le monde connaît la fameuse scène : Maman goûte d'abord une cuillerée, puis présente à l'enfant une cuillerée pour Papa, une cuillerée pour Maman... etc. L'enfant a parfaitement conscience d'être le centre solaire d'une constellation, centre autour duquel gravitent servilement ses parents, ses satellites ; situation dont il ne manque pas d'abuser dans une large mesure.

Le plus souvent l'enfant gagne la partie car, ainsi que le dit Lassègue, « l'excès de l'insistance appelle un surcroît de résistance ». Las, les parents abandonnent la lutte, l'enfant retrouve sa bonne humeur, parfois même avec un petit air triomphant de n'avoir pas cédé. Telle la réponse de la petite Claude (observation n° IV) qui, quittant la table d'un air content et triomphant : « Ça y est, et je n'ai pas tout mangé ».

On conçoit que cet enfant qui, sans cause apparente, s'obstine à ne pas vouloir manger, soit pour les parents l'objet de préoccupations obsédantes.

CHAPITRE IV

LES CONSÉQUENCES DE L'ANOREXIE SUR LA NUTRITION ET LE PSYCHISME DE L'ENFANT. LE CERCLE VICIEUX

Que va-t-il advenir de cette lutte quotidienne ? Schématiquement, dit M. H. Janet, l'enfant peut réagir de trois manières différentes :

I. Il absorbe une ration suffisante.

II. Il absorbe tout ce qu'on lui donne et se laisse déborder.

III. C'est lui qui remporte la victoire, il résiste et ne se nourrit pas suffisamment.

Il est évident qu'en clinique on ne retrouvera pas des cas aussi parfaitement différenciés ; ils s'intriquent plus ou moins.

Tantôt l'enfant résiste victorieusement d'abord, mais soudain il cède sous la pression constante de l'autorité des parents.

Inversement, l'enfant qui au début se laisse ingurgiter tout ce qu'on lui présente, se met à résister et n'absorbe finalement qu'une ration insuffisante.

Nous conserverons cependant cette distinction pour la commodité de notre exposé.

I. — *L'enfant prend une ration normale*

C'est un enfant que l'on veut forcer à prendre une nourriture excessive, mais qui résiste et lutte

à son plus grand avantage. Il filtre, en quelque sorte, l'abondante nourriture qu'on voudrait lui faire prendre et n'absorbe que la ration suffisante à une bonne nutrition et une parfaite santé.

Malheureusement, aux yeux des parents, celle-ci leur paraît insuffisante. Ils veulent un enfant gros, popard, pléthorique. Ils ne réalisent pas l'évolution physiologique normale de l'enfant qui doit passer des formes potelées aux formes allongées, graciles, avec relief musculaire accusé.

Examinés soigneusement, ces enfants ne présentent rien de pathologique ; ils ont bonne mine, sont d'un poids et d'une taille normaux. On est surpris qu'on vous les présente et l'on est tenté de dire : « Pourquoi m'amenez-vous cet enfant qui a bon aspect, dont la croissance pondérale est normale ? S'il ne mange pas plus, c'est qu'il n'a pas besoin de se nourrir davantage.

L'expérience montre que ces enfants harmonieusement constitués se portent mieux que les enfants « rondouillards » tels que les désirent les parents ignorants. Ce sont des cas où une psychothérapie des parents peut faire œuvre utile. Les convaincre que l'enfant est bien portant, qu'il mange à sa faim, voilà le rôle du médecin. Sinon, l'enfant soumis à un régime surabondant va s'aiguiller plus ou moins rapidement vers l'un ou l'autre des cas suivants.

II. — *L'enfant se laisse forcer*

C'est la suralimentation. Il se laisse déborder et absorbe une alimentation beaucoup trop copieuse, « soit par mollesse naturelle, soit parce que l'autorité des parents marque des points ».

Pendant un certain temps, tout va bien, sur-

tout si la ration alimentaire est bien variée et équilibrée ; Charles Richet fils n'a-t-il pas dit « l'enfant doit en avoir trop pour en avoir assez ».

Mais il n'en est pas de même si, comme le cas est fréquent, la ration non seulement est abondante, mais encore mal équilibrée. On conçoit aisément que l'organisme si fragile de l'enfant qui va supporter de telles surcharges alimentaires, va bien vite réagir. Ce sont des troubles gastro-intestinaux et hépatiques qui s'installent et qui vont à leur tour entretenir l'anorexie. C'est le tableau bien connu de la dyspepsie chronique avec insuffisance hépatique. C'est un enfant moins vif, à facies pâle, parfois bouffi. Son haleine est fétide, sa langue est saburrale. Les masses musculaires sont flasques, hypotoniques. Le ventre est souvent ballonné, les selles abondantes, molles, fétides, à coloration variable traduisant une còlite chronique.

L'examen révèle très souvent un foie un peu gros et douloureux. Nous sommes ici dans un véritable cercle vicieux où l'anorexie est cause d'anorexie. Alors que les parents pensent combattre l'anorexie par une alimentation forcée, c'est celle-ci qui, par la fatigue qu'elle impose au foie, déclenche les troubles digestifs et entretient l'anorexie.

Les enfants gras et rouges sont en « imminence morbide » et cela on le fait difficilement admettre aux parents pour lesquels la mine et le poids importent seuls. Ils ne veulent pas croire qu'une trop rapide augmentation de poids, nécessitera un arrêt ou un abaissement corrélatifs, qui, si on ne les opère pas volontairement, s'effectueront par la production de troubles digestifs graves, c'est-à-dire, une défense naturelle qui obligera au repos et au nettoyage.

« L'augmentation du poids, la langue saburrale, des régurgitations, parfois des selles granuleuses, sont la conséquence, avec l'anorexie, d'une alimentation trop copieuse. » (Profess^r Nobécourt.)

III. — *L'enfant résiste au gavage*

Dans le combat que se livrent chaque jour parents et enfant, c'est lui le vainqueur. Mais l'insuffisance de l'apport alimentaire est une menace directe pour la nutrition ; elle amène l'amaigrissement avec toutes ses redoutables conséquences. Les troubles digestifs sont ici beaucoup moins apparents. L'enfant est le plus souvent constipé ; on sent à l'examen de la fosse iliaque gauche une corde colique roulant sous le doigt ; le ventre est plat ; le foie normal.

Mais ici, l'élément psychique est développé au maximum, il domine la scène. C'est là que la souche neuro-arthritique se révèle. Il s'agit d'un enfant vif, nerveux, remuant, indocile et dont le caractère est très difficile.

« C'est ici, dit M. Janet, qu'on voit au maximum cette influence néfaste de la suggestion que font les objurgations, les prières, les menaces, les conversations, les inquiétudes des parents. C'est là aussi qu'on voit au maximum cet état mental de l'enfant qui a une sorte de besoin d'être le centre de l'intérêt de la famille, au risque et parfois avec le désir inconscient, de s'attirer des remontrances qui se terminent par des pleurs et des colères. »

On comprend que cette forme, grave, alarme bien vite les parents. « L'enfant est trop jeune pour perdre sans danger une trop grande partie de son poids. Plus il est jeune, plus le pronostic est grave. » (Comby.)

CONCLUSIONS

Voici donc un enfant apparemment normal, c'est-à-dire, chez lequel une enquête approfondie (cuti-réaction, radio, analyse d'urines, examens de sang, etc.) ne révèle aucune maladie organique à mettre au premier plan, présentant cependant quelques petits signes digestifs (foie gros, ventre ballonné, langue sale, etc.), mais chez lequel l'anorexie est le grand symptôme qui occupe presque entièrement la scène, anorexie qui va, par suite d'erreurs d'hygiène psychique et alimentaire, sombrer dans deux cas extrêmes.

a) *Suralimentation* qui, « si elle n'est pas interrompue plus ou moins rapidement par des troubles digestifs, détermine bien une « surnutrition », une anticipation de croissance pondérale ou même staturale ». (J. Cathala). Puis après une période plus ou moins longue d'embompoint, la surcharge alimentaire par les troubles digestifs qu'elle engendre, amène la dénutrition et l'amaigrissement consécutif.

b) *Sous-alimentation* avec l'amaigrissement et les troubles nerveux.

Nous voilà bien loin de la période d'anorexie passagère du début. Nous nous trouvons devant une anorexie solidement installée, anorexie durant des mois et des années, faisant l'objet de consultations médicales diverses et souvent inefficaces, jointes à des interventions intempestives et maladroitement des parents qui ne font que l'entretenir et la renforcer.

« La cause essentielle de l'anorexie est l'ano-

rexie elle-même, et nous trouvons comme intermédiaire soit l'alimentation forcée et ses conséquences digestives et hépatiques, soit la suggestion et l'insuffisance alimentaire. » (H. Janet.)

Il y a eu cependant tout au début de ces fautes d'hygiène alimentaire et psychique, une raison pathologique pour laquelle l'enfant n'avait pas faim. Celle-ci est de minime importance, et il faut savoir qu'il existe même des périodes où l'anorexie est physiologique.

Cette cause est souvent oubliée et très difficile à retrouver dans l'interrogatoire.

C'est le plus souvent une petite poussée infectieuse de rhino-pharyngite, un changement trop brusque dans l'alimentation chez un enfant bien portant.

L'anorexie qui survient ainsi est un fait naturel de défense de l'organisme et qu'il faut respecter. Les parents s'inquiètent trop rapidement, insistent pour faire manger l'enfant, et cela bien trop tôt. C'est également la période des fortifiants qui commence, et c'est ainsi que débute l'anorexie que nous étudions.

La reprise alimentaire a été trop précoce, et surtout mal dirigée ; elle aurait dû être « progressive, végétarienne d'abord, puis mixte ».

D'autres fois c'est, au contraire, une restriction alimentaire trop longtemps prolongée, suivie d'une reprise d'aliments insipides, peu propres à exciter l'appétit.

Nous nous trouvons ainsi placés devant une anorexie créée artificiellement en voulant combattre une anorexie naturelle, physiologique, qui ne demandait qu'à s'arranger d'elle-même.

CHAPITRE V

LES ERREURS ALIMENTAIRES

« Les fautes d'hygiène alimentaire sont à la fois conséquence et cause d'anorexie. » (H. Janet.)

Proposons-nous tout d'abord de poser quelques principes sur la ration alimentaire d'un enfant, principes qui nous éclaireront sur les fautes commises par les parents, et dont la connaissance est indispensable pour éviter des troubles graves.

Le seul régime habituel qui convient à un enfant est le régime normal. Or, le régime normal est un régime *suffisant, équilibré et varié*. Nous allons reprendre ces différents facteurs et voir, à propos de chacun d'eux, les erreurs que l'on peut commettre à leur rencontre.

« Alors que l'homme peut se soumettre souvent sans dommages graves aux régimes les plus irrationnels, l'enfant se montre vis-à-vis d'eux, d'une susceptibilité extrême. » (Mouriquand.)

I. — *Ration suffisante*

On a établi théoriquement, par des mesures calorimétriques, la quantité d'aliments nécessaire à un enfant d'un âge donné, pour ses besoins physiologiques (dépenses de fond, travail de digestion, travail musculaire, thermo-régulation, dépenses de croissance). On a établi des graphiques dans les-

quels la ration est calculée suivant l'âge, le poids, la taille de l'enfant.

Or, ces données sont trop mathématiques et théoriques pour être appliquées avec succès à des êtres aussi différemment constitués que le sont les enfants. La ration idéale d'un enfant est très variable suivant ses besoins physiologiques propres, suivant sa morphologie. Il y a de gros mangeurs et de petits mangeurs ; il est évident que si on voulait appliquer ces tables, les premiers ne mangeraient pas suffisamment et les seconds en auraient beaucoup trop. Il n'y a donc pas de courbe pondérale théorique générale, mais des courbes individuelles pour chaque enfant. « Pour établir le régime alimentaire d'un enfant, il faut tenir compte non seulement de son âge et de son poids, mais encore des besoins particuliers de son organisme. » (Mme Tanneberg, Thèse 1920.)

Doit-on pour cela abandonner l'enfant à son instinct, comme on le fait pour le jeune animal, et lui laisser prendre sa nourriture comme il lui convient, sans aucune règle précise ? Evidemment non, « car le jeune enfant, chargé d'une longue hérédité de civilisation, a perdu dans une certaine mesure la notion instinctive de ce qui lui convient ». (H. Janet.)

On ne doit donc poser que des principes généraux assez souples pour permettre toutes les variations individuelles. L'expérience a d'ailleurs montré que dans les collectivités d'enfants, on obtenait d'excellents résultats en ne réglant que la ration qualitative, ainsi que les données d'hygiène générale (horaires des repas, propreté des mains, soins des dents) et en leur laissant libre choix de la quantité d'aliment que réclamait leur appétit. De tels régimes se sont accompagnés, dit Mme Tanneberg

dans sa thèse, d'une notable amélioration de l'état général, amélioration rendue sensible par la gaieté des enfants, leur teint meilleur, leur croissance normale.

On trouve fréquemment dans la pratique courante de grosses erreurs de la part des parents qui suralimentent leur enfant qui ne leur paraît pas assez gros.

« Ce qui les engage encore plus dans leur erreur ou leur regret, c'est que leur enfant peut être, du fait de sa race, de son hérédité, d'un type morphologique plus petit, moins massif, que celui d'un autre enfant. Ils regrettent cette inégalité et essayent de la corriger par des interventions maladroites. Or, il faut admettre qu'il est des petits et des grands, des minces et des potelés, et il faut savoir que les uns et les autres peuvent se porter également bien; l'embompoint ne doit pas être le seul idéal à se proposer, il importe plus d'avoir des enfants actifs, résistants à la fatigue et aux infections. » (H. Janet.)

A l'inverse, certains parents sous-alimentent leurs enfants dans la crainte ridicule de la suralimentation ; mais il faut reconnaître que cette erreur est beaucoup moins fréquente que la précédente.

Citons pour conclure ces deux réflexions du Professeur Nobécourt :

« L'augmentation du poids, la langue saburrale, des régurgitations, parfois des selles granuleuses sont la conséquence avec l'anorexie, d'une alimentation trop copieuse. »

« Les enfants se lassent d'une nourriture trop insuffisante, en même temps qu'ils deviennent hypotrophiques, ce qui ne fait qu'aggraver leur anorexie. »

II. — *Ration équilibrée*

La ration alimentaire doit, non seulement avoir une valeur énergétique suffisante, mais aussi contenir en proportions données les principes alimentaires proprement dits : hydrates de carbone, protéines, graisses, sels minéraux, eau et des substances minimales (vitamines, certains acides aminés et certains minéraux).

Le déséquilibre alimentaire est bien plus à craindre que la suralimentation totale. On constate très souvent en examinant les menus de ces enfants anorexiques, qu'il existe des déséquilibres parfois importants dans leur ration, qu'il s'agisse d'excès ou de défaut.

a) *Déséquilibre hydrocarboné.*

En premier lieu, considérons le déséquilibre que l'on rencontre couramment où les hydrates de carbone sont exagérément donnés aux dépens des protéines. C'est le cas par exemple de ces enfants qui, après une diarrhée, ont été réalimentés aux farineux. Ce sont ces enfants nourris aux laits très sucrés, aux bouillies épaisses, qui consomment du pain en grande quantité. Ce sont ces enfants, qui, ayant de la difficulté à s'habituer à des saveurs nouvelles, refusent la viande, le poisson ou le fromage.

Si on n'insiste pas, ces enfants ne consomment à leurs repas que des pâtes, des farineux, des pâtisseries. Et, fait particulier, ils en consomment d'une façon exagérée, les parents cherchant ainsi à compenser l'absence des aliments azotés. Or, on sait que la viande est irremplaçable ; il n'y a pas d'équivalence entre les albumines animales et végétales, ces dernières ne contenant ni tryptophane (nécessaire

à la croissance), ni cystéine, ni histidine (nécessaires à l'entretien).

L'enfant ainsi nourri, est d'apparence floride, il fait même le bonheur et la fierté de ses parents. Mais si on l'examine, il nous apparaît comme « souflé », il est gras, ses chairs sont molles, hypotoniques. La face est bouffie, le ventre est ballonné. De plus, il présente de petits troubles digestifs, car il n'est pas sans inconvénient d'imposer une telle surcharge hydrocarbonée à un foie si nouvellement différencié. Les selles sont parfois mousseuses, d'odeur aigre à la fois ammoniacale et putride, bulleuses avec début de fermentation ; elles s'étalent en « bouse de vache ».

Une erreur fréquente que signale M. Janet est l'abus inconsidéré du chocolat et de certaines farines chocolatées du commerce, dites fortifiantes et très nutritives, et dont l'usage ne fait que renforcer l'inappétence pour d'autres aliments autrement utiles tels la viande et les légumes.

b) *Déséquilibre en protéines.*

A l'inverse, on voit des enfants alimentés presque exclusivement de protéines avec insuffisance d'aliments hydrocarbonés. Il existe en effet des enfants qui, par goût, préfèrent la viande aux légumes, et que les parents n'osent pas contrarier. Ce sont aussi des parents ignorants qui pensent bien faire en nourrissant leurs enfants presque uniquement avec de la viande.

Ces enfants sont secs, nerveux, avec cauchemars nocturnes et grande instabilité nerveuse. Les digestions sont pénibles et prolongées, les selles sont dures avec colite spasmodique et ventre rétracté.

Parfois les hydrates de carbone étant donnés en très faible quantité, mais avec des graisses en abondance, on peut voir apparaître une odeur acétonique de l'haleine, l'enfant pouvant devenir sujet aux vomissements acétoniques.

c) *Déséquilibre des graisses.*

L'abus des graisses est peu fréquent, il se rencontre cependant dans les familles peu soucieuses de l'élevage des enfants, auxquels on fait partager le menu familial composé souvent de soupes grasses, de sauces, fritures, etc...

C'est aussi le cas où les parents dans leur excessive sollicitude, adjoignent au repas un verre de lait qu'ils renouvellent dans la journée, sans oublier « le populaire jaune d'œuf battu dans du lait ».

D'une façon générale il faut noter la fréquence avec laquelle les mères continuent à donner à leur enfant du lait — si réputé pour ses vertus nutritives — et cela bien au delà de la période de la vie où il est vraiment nécessaire. Cette surcharge de graisses ne tarde pas à surmener le foie et se traduit cliniquement par des diarrhées graisseuses.

Nous voudrions citer ici une courte observation que nous avons recueillie au cours d'un remplacement que nous venons de faire à la campagne, et qui montre le fâcheux effet de l'abus inconsidéré du lait.

Bérangère L..., a 4 ans 1/2. Elle a perdu sa mère dès sa naissance et est élevée par sa grand-mère qui la gâte énormément. Depuis sa naissance elle a été élevée presque exclusivement au lait et laitages. Actuellement sa ration alimentaire comprend un peu de viande, quelques légumes verts et des fruits. Mais fait important, elle absorbe encore chaque jour, en plus de ses repas, deux litres de lait, qu'elle prend

comme un nourrisson, dans un biberon muni d'une tétine. Elle adore d'ailleurs le lait et la grand'mère pense que cela lui fait du bien. Elle pèse 27 kgs. C'est une enfant énorme sans aucun relief musculaire. Sa face est bouffie et présente un double menton. Son abdomen est énorme avec un panicule adipeux important. Ses cuisses n'ont aucune forme et se continuent avec les jambes sans contours normaux, ressemblant à de véritables poteaux ; ses chairs sont molles.

L'examen révèle un foie nettement augmenté de volume ; ses selles sont abondantes : graisseuses « en véritables placards » dit la grand'mère.

Cette enfant n'avait jamais été malade jusqu'à ce jour. Elle faisait le bonheur de la grand'mère, bonheur d'autant plus grand que l'enfant absorbait plus de lait. Cependant, il y a quinze jours, elle a fait une poussée d'urticaire et c'est à cette occasion qu'on a pu lui modifier son régime.

Cette observation, si elle ne rentre pas dans le cadre du sujet que nous exposons ici, montre bien cependant le déséquilibre morphologique produit par l'abus inconsidéré du lait. Jusqu'à ce jour, elle a à peu près supporté ce régime car sa ration est par ailleurs normale, mais déjà nous voyons apparaître les pettis signes témoins de la surcharge hépatique.

Inversement l'insuffisance des graisses peut également se rencontrer, et à ce sujet M. Janet signale qu'il a observé une famille « qui, très avertie des questions biologiques, n'avait jamais donné de beurre frais à leur enfant âgé de 4 ans, par crainte des microbes ».

Inutile de dire que c'est pourtant dans le beurre frais, ainsi que dans la crème du lait, le jaune d'œuf, que l'on trouve la vitamine A indispensable à la croissance.

d) *Avitaminoses.*

Ici s'ouvre un vaste chapitre particulièrement étudié ces dernières années. Nous n'aborderons ce chapitre que pour signaler le rôle important des vitamines dans la croissance de l'enfant dont la sensibilité aux carences est plus marquée que chez l'adulte.

Dans les fautes alimentaires qui nous occupent, les grandes avitaminoses sont exceptionnelles. M. Janet rapporte toutefois un cas de scorbut franc qu'il a observé chez un enfant de 5 ans, qui ne se nourrissait que de bouillies au lait, de pain, de chocolat. « Il n'avait jamais mangé de viande, de légumes ni de fruits ; il avait pour ces aliments une inappétence totale, et la grand'mère qui l'élevait n'avait pas cru devoir combattre ses goûts. »

Mais bien des petits troubles, et en particulier l'anorexie, sont imputables au déséquilibre alimentaire où les vitamines font plus ou moins défaut.

Nombreux sont les enfants, qui, soit par ignorance, soit par la misère des parents, ne mangent pas assez ou même pas du tout, de légumes verts, salades ou fruits frais. C'est dans ces menus où l'on constate une quantité de vitamines inférieure à la normale, qu'apparaissent les carences frustes inapparentes de Mouriquand.

Les avitaminoses ont été surtout étudiées chez les nourrissons nourris aux farines stérilisées du commerce (Ribadeau-Dumas, R. Mathieu, Villemin-Clog). Mais il n'est pas douteux que des études faites sur des enfants plus âgés aboutiraient à de semblables constatations.

III. — *Ration variée*

L'enfant est arrivé à un âge où ses fonctions gustatives se développent. Il sait déjà apprécier les bonnes choses ; il préfère suivant ses goûts ce qui est sucré ou ce qui est salé. Il n'est pas rare de voir naître une anorexie par suite de la monotonie de l'alimentation. C'est à partir du septième mois que l'on doit commencer à varier l'alimentation afin de l'habituer à trouver du plaisir dans des goûts variés. Nous savons très bien que si l'on nous présentait le même plat à chacun de nos repas pendant plusieurs jours de suite, nous finirions bien vite par nous lasser.

C'est une notion qu'il ne faut pas perdre de vue lorsqu'on établit le régime alimentaire d'un enfant, et le régime ecclétique est le meilleur procédé prophylactique des diverses diathèses de la nutrition.

« Quantité-qualité sont deux notions qui sont nécessaires pour permettre à l'enfant de traverser sans heurts la période délicate qui le mènera peu à peu à l'adolescence ». (Mouriquand).

Nous voudrions ouvrir un dernier chapitre concernant l'abus des boissons, notion à laquelle on ne songe pas assez, et qui peut à lui seul expliquer l'inappétence de certains enfants.

On voit cet abus des boissons dans bien des circonstances. C'est d'abord l'enfant qui, par manque de surveillance des parents, ingurgite de grandes quantités d'eau au cours du repas et qui présente bien vite une dilatation gastrique. D'autres fois malheureusement, dans des familles d'alcooliques, l'abondance de boisson ne se limite pas à l'eau pure, mais s'étend aussi au vin ou au cidre plus ou moins

coupés, mais qui suffit à créer et à entretenir un petit éthylisme pernicieux.

Une observation que nous a fournie M. Janet et que l'on trouvera détaillée plus loin (observation n° 1, Lucette, 7 ans 1/2) montre bien cette aberration familiale qui pendant 2 ans faisait absorber à une enfant de cinq ans, du cidre pur à ses repas, puis trois à quatre verres par repas d'eau rougie, ce qui représente environ un tiers de vin dans chaque verre. Ces erreurs n'ont pas tardé à retentir sur le foie qui se révélait gros et dur. Les résultats du traitement furent excellents, le foie reprenant ses caractères normaux. Mais il n'est pas douteux que si le régime n'était intervenu rapidement, l'atteinte hépatique serait devenue définitive avec toutes ses conséquences fâcheuses.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Il est évident que nous n'envisagerons pas cette forme d'anorexie comme cause première lorsqu'on nous amènera un enfant qui n'a pas faim.

C'est pourquoi nous allons situer cette forme à sa place au milieu des si nombreuses étiologies de l'anorexie.

Il est naturel et logique, lorsque l'on se trouvera en présence d'un enfant anorexique, d'éliminer tout d'abord les grandes causes pathologiques, qui, si elles existent passent au premier plan pour la conduite du traitement. C'est le cas d'une tuberculose viscérale qui, dans certains cas du reste, est peu manifeste et doit être recherchée minutieusement par la cuti-réaction et la radioscopie.

C'est le cas d'une hérédosépticité possible qui peut agir par l'intermédiaire du rachitisme et de l'anémie (Marfan).

Les affections chroniques du tube digestif, telle l'appendicite chronique, ou celles du rhino-pharynx comme les volumineuses végétations adénoïdes.

Enfin les avitaminoses rarement complètes mais surtout les carences frustes.

On éliminera ensuite les causes d'hygiène générale par une enquête poussée sur les conditions de vie de l'enfant : s'agit-il d'un manque de lumière, d'aération, de petites intoxications oxycarbon-

nées qui sont plus fréquentes qu'on ne le pense généralement ?

L'enfant prend-il suffisamment d'exercice physique ? Y a-t-il surmenage scolaire ? Questions très importantes, est-il besoin de le dire ? surtout chez nos enfants des grandes villes (inadaptés urbains).

Toutes les thérapeutiques qui découlent de ces causes, nous ne les exposerons pas ici, puisque ce n'est pas l'objet de notre thèse. Mais il nous faut savoir que ces causes « si elles peuvent se prolonger et entretenir seules l'anorexie, peuvent dans d'autres cas assez fréquents n'être que passagères ou légères, l'anorexie ne persiste et ne s'exagère alors que par fautes intriquées d'hygiène psychique et alimentaire ». (H. Janet.)

C'est seulement après avoir éliminé toutes ces causes, que nous pourrons envisager la possibilité des fautes d'hygiène alimentaire et psychique. C'est par une enquête détaillée sur le mode de vie familiale, sur l'atmosphère psychologique qui entoure l'enfant, ainsi que sur le régime alimentaire auquel il est soumis, que nous pourrons déceler nombre d'erreurs touchant l'hygiène psychique et alimentaire qui seules devront être retenues comme responsables de leur anorexie.

Nous rechercherons enfin si cette forme d'anorexie que nous étudions ne s'intrique pas avec les causes bien connues que nous citons plus haut et s'il ne sera pas bon d'en tenir compte dans le traitement.

« Ce n'est pas le médecin qui drogue par réflexe et sans analyse précise, qui obtient des résultats thérapeutiques ; c'est le médecin qui, avant de soigner, fait une enquête psychologique suffisante sur la manière dont s'est développée l'anorexie, les

causes qui l'entretiennent et qui peut agir avec un minimum de prescriptions médicamenteuses et donner tous les conseils appropriés au cas particulier observé. » (Lereboullet.)

C'est enfin un examen clinique approfondi de l'enfant qui nous révélera les conséquences possibles de cette anorexie, conséquences que nous avons étudiées plus haut : mauvais fonctionnement du tube digestif et du foie, troubles nerveux, etc...

Nous trouvant ainsi en possession de toutes les données, nous allons pouvoir entreprendre un traitement qui a les plus grandes chances de succès.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous venons de voir que la forme d'anorexie particulière que nous avons étudiée, relève d'une double étiologie, à la fois alimentaire et psychique. Aussi le traitement devra-t-il comporter deux parties étroitement associées et qui vont s'étayer l'une l'autre.

Nous demanderons donc à ce traitement :

I. — *Un redressement alimentaire* qui instituera un régime approprié à l'activité des fonctions de digestion et d'assimilation, aussi adéquat que possible aux besoins de l'enfant.

II. — *Un redressement psychique* en donnant aux parents les conseils appropriés, conseils que l'on expliquera longuement et que l'on répètera si besoin, puisque l'anorexie est en grande partie fonction du milieu familial.

Redressement alimentaire et redressement psychique seront étroitement combinés. Ils seront enfin complétés par quelques prescriptions médicamenteuses qui stimuleront ou régulariseront les grandes fonctions digestives, surtout hépatiques.

I. — REDRESSEMENT ALIMENTAIRE RÉGIME ASCENDANT

Pour établir le régime alimentaire normal d'un enfant, deux notions capitales doivent toujours être présentes à l'esprit

a) Le seul régime de longue durée qui convient à l'enfant est le régime normal, c'est-à-dire, suffisant, équilibré et varié.

b) Pour atteindre ce régime normal, un régime *transitoirement anormal* est nécessaire, c'est ce régime que le Docteur Janet appelle « *le régime ascendant* », c'est sur celui-ci qu'il insiste tout particulièrement dans le traitement de cette forme d'anorexie, et sur lequel nous allons maintenant nous étendre quelque peu.

Le régime ascendant sera appliqué, non pas ordinairement dans les cas où il existe des fautes grossières de l'alimentation, pour lesquelles la simple suppression suffit à amener la guérison, mais surtout dans les cas où, malgré un régime convenablement établi, l'anorexie persiste cependant.

Voici en quoi consiste ce régime tel que le prescrit le Docteur Janet :

« *Ce n'est qu'un régime transitoire. Très vite, mais progressivement, on reviendra au régime normal qui sera alors accepté et donnera de bons effets.* »

C'est un régime qu'il faut non seulement expliquer de vive voix à la mère, mais encore qu'il sera bon de détailler avec minutie sur la feuille d'ordonnance. Faire sortir l'enfant pour expliquer aux parents l'attitude nouvelle à observer. Passer un quart d'heure s'il le faut à leur faire comprendre ce qu'il faut obtenir, puisque c'est une condition essentielle à la bonne réussite du traitement. « Il ne vaudra que par la rigueur, et je suis tenté de le dire, par la conviction avec laquelle il sera prescrit. » (H. Janet.)

1^{er} jour. — Diète hydrique pendant 24 heures : On donnera à l'enfant, à heures régulières (celles des repas) de l'eau sous des formes variées. Ce sera du thé léger, eau minérale légèrement sucrée ou non, bouillon de légumes, orangeade ou jus de fruits coupé d'eau.

Ce régime extrêmement sévère pourra être modifié légèrement et cela uniquement pour ne pas effrayer les parents, car il ne faut pas oublier que nous avons affaire à des parents très inquiets. On prescrira donc un régime qui ne sera guère plus riche en calories.

Matin : thé léger et une cuillerée à café de gelée de fruits.

Midi : une ou deux petites pommes de terre cuites à l'eau ou au four, très légèrement accommodées d'un peu de beurre et de sel.

— Un verre d'eau ou de jus de fruits.

4 heures : thé léger et une cuillerée à café de gelée de fruits.

Soir : un très léger bouillon de légumes, épaissi très légèrement si l'on veut, par une cuillerée à café de crème de riz.

— Un peu de jus de fruits.

2^e jour. — Même régime que la veille, auquel on ajoutera une biscotte ou un gâteau sec. Augmenter modérément la ration de pommes de terre et épaissir le potage de légumes finement passés.

3^e jour. — Menu un peu plus substantiel. On augmentera un peu toutes les rations, et on donnera au repas de midi, quelques miettes de jambon ou un peu de poisson maigre.

4° jour. — Même menu que la veille.

5° jour. — Régime normal.

En résumé, après une courte période de 24 heures d'un véritable régime de famine (diète hydrique absolue ou mitigée pour les parents), puis une période intermédiaire de redressement de deux ou trois jours, on arrive très rapidement en cinq à six jours, par une progression régulière — quantitative et qualitative — à donner à l'enfant le régime normal qui lui convient (suffisant, équilibré et varié).

On voit que dans ce régime, le lait n'entre à aucun moment dans la composition des repas.

M. Janet pense en effet que la reprise de celui-ci ne doit se faire que très lentement, pas avant le dixième ou le douzième jour. On commencera d'ailleurs à le donner par cuillerées à café dans l'infusion du matin, pour arriver au bout de huit à dix jours à donner moitié lait, moitié thé. Puis pendant quelques jours encore, on donnera seulement du lait coupé au tiers par du thé ou du café très légers.

Quelle est la valeur exacte du régime ascendant?

Le régime ascendant présente un double avantage, qui, dans le cas qui nous occupe, va agir directement sur les deux causes que nous avons décrites tout au long de ce travail.

1° C'est un régime de repos absolu pour le tube digestif et pour le foie ;

2° C'est un régime qui, par sa sévérité, va aider puissamment la psychothérapie.

Mais c'est un régime qui n'a de valeur que s'il

est appliqué à la lettre ; c'est l'expérience et l'autorité du médecin qui le fait accepter aux parents. Il faut les convaincre, leur expliquer exactement son but : c'est la partie délicate de la psychologie médicale.

Ce régime a une traduction clinique quotidienne, où il se trouve appliqué inconsciemment au traitement de l'anorexie. Combien d'enfants, chroniquement pâles et sans appétit, retrouvent une bonne mine et un excellent appétit, après une petite maladie infectieuse qui a nécessité un ou deux jours de régime hydrique ou végétarien. C'est l'enfant qui, après sa rougeole, a un appétit énorme, ce qui étonne le plus souvent. Autre exemple : c'est l'enfant qui mange sans plaisir ; il fait une crise d'appendicite et, après l'opération, retrouve un superbe appétit. Il n'y a aucun doute que ce succès est dû à l'ablation d'un appendice malade, mais dans certains cas, ne doit-on pas penser que c'est le régime observé pendant les quelques jours qui suivent l'opération, qui a amené la guérison ?

Que s'est-il donc passé, qui puisse expliquer ce brusque changement dans l'appétit de l'enfant ? C'est que le régime ascendant est un régime de repos, de désintoxication.

« La diète hydrique rigoureuse ou à peine mitigée du premier jour, suivie d'une diète hydrocarbonée légère, puis progressivement mixte, met au repos le tube digestif et le foie surmenés. Il permet aux sécrétions gastro-intestinales diminuées de réapparaître peu à peu sous la sollicitation faible au début, puis plus importante des matières alimentaires, alors qu'elles seraient sidérées par l'afflux brusque d'une masse alimentaire trop importante. »
(H. Janet.)

C'est en somme le régime couramment employé avec succès dans les diarrhées aiguës des enfants.

Si un tel régime convient à l'enfant suralimenté par le gavage, de par ses vertus thérapeutiques, il est, par sa sobriété, accepté d'enthousiasme par l'enfant qui résiste, le préparant ainsi à recevoir les bienfaits de la seconde partie du traitement que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

Remarquons, avant de terminer ce chapitre, que le régime « ascendant » est totalement différent du régime que les psychiatres appliquent aux grandes anorexies mentales des jeunes filles. Ce dernier comporte en général une ration alimentaire d'emblée importante où le lait entre pour une large part. Il n'est pas rare d'imposer à ces malades un ou deux litres de lait par jour ; les résultats sont bons, mais ils seraient désastreux si ce même régime était appliqué au jeune enfant, dont nous étudions l'anorexie.

La psychothérapie, dans l'anorexie mentale des jeunes filles, est faite d'autorité, de volonté explicite du médecin ordonnant à la malade de manger ce qu'on lui présente. Nous allons voir dans le chapitre suivant que la psychothérapie que nous préconisons dans la forme d'anorexie qui nous occupe est également totalement différente.

II. — PSYCHOTHÉRAPIE

Nous avons insisté dans les pages précédentes sur le rôle néfaste que jouent les parents par leurs erreurs de conduite. Ce sont ces erreurs qu'il s'agit maintenant de redresser et, à la faveur du régime ascendant, instituer une psychothérapie dont les ef-

fets, si elle est bien appliquée, ne tarderont pas à se faire sentir.

Sans doute une psychothérapie parfaite ne saurait être réalisée que par l'isolement de l'enfant, c'est-à-dire, par son éloignement du milieu familial ; en le confiant par exemple à des parents plus ou moins éloignés, ou à des personnes étrangères, à une maison de santé même, comme on le fait pour les adolescents ; mais de telles décisions sont difficiles à prendre, en présence d'une mère le plus souvent affolée ; une telle solution ne doit donc être envisagée que fort rarement.

Et c'est précisément le mérite du « régime ascendant » en ce qu'il permet d'opérer dans la famille elle-même. Mais pour cela, il faut obtenir la collaboration étroite, intelligente et tenace de la mère, au bon sens de laquelle il faut faire un appel pressant en usant de tous les moyens adéquats pour lui inspirer la plus grande confiance.

Que va-t-il se passer du point de vue psychologique ?

« La première journée de diète hydrique va renverser les rôles des parents et de l'enfant. L'enfant sent brusquement une volonté supérieure à la sienne, il y a une sorte de choc affectif qui peut être salutaire. » (H. Janet.)

La mère décide des menus et des heures. Elle présente à l'enfant les mets qu'elle a décidé de lui donner, mais ceci, avec un visage de marbre, une parfaite indifférence. Il faut que l'enfant soit très vite convaincu que ses parents ignorent son anorexie. Il faut recommander aux parents de servir à l'enfant sa maigre pitance du premier jour, en gardant un visage d'un calme absolu, sans donner

d'explication, sans s'attendrir, sans promettre de récompense.

L'enfant accepte parfois sans sourciller ce régime de famine. S'il refuse, après avoir insisté légèrement, s'en aller, ce qui est plus facile que d'insister. Au repas suivant, même jeu. Si parfois l'enfant réclame davantage que la ration que l'on a décidé de lui donner, il faut refuser catégoriquement, et c'est le point un peu particulier de la méthode : *ne pas céder*.

« Le beau rôle est maintenant du côté des parents qui ne font plus figure de suppliants. »

Et finalement, après une période de jeûne relatif qui ne dépasse pas quelques jours, l'enfant prend et mange tout ce qu'on lui présente « il mange en sentant qu'il n'est plus capable par son refus ou ses caprices, d'amener l'ennui ou le sourire sur le visage de ses parents. »

La mère parviendra ainsi, au bout de quelques jours, à faire prendre en totalité à son enfant, un régime normal.

Cette attitude nouvelle de fermeté des parents ne devra pas cesser trop tôt, elle doit se poursuivre : c'est la psychologie d'entretien, ou plutôt : « c'est l'exercice ordinaire de l'autorité que la mère doit avoir sur son enfant, autorité inapparente qui agira facilement et sans heurt ».

Nous disions plus haut, que le point important pour le succès de ce traitement était de ne pas céder.

Que va-t-il se passer ? Pendant les deux ou trois premiers jours, tout va très bien, l'enfant résiste et ne prend aucune nourriture ; de leur côté, les parents observent exactement les conseils donnés. Mais bientôt, l'enfant se met à pleurer, crie qu'il a faim et réclame à manger. C'est alors la pitié ma-

ternelle — bien naturelle d'ailleurs — qui se réveille ; elle croit que son enfant va mourir de faim et elle cède, lui donne un biscuit ou une banane. Dès lors, la partie est perdue pour les parents. l'enfant a vaincu une fois encore et va renforcer son autorité. C'est pourquoi, pour obtenir de la mère tout son concours, il faut :

1° que ce soit une personne ayant un minimum de bon sens ;

2° ne pas craindre de lui expliquer longuement, lui répéter, la convaincre que son enfant ne mourra pas de faim, même s'il reste deux jours à un léger régime, et que c'est de sa seule fermeté à exécuter l'ordonnance, que dépend la réussite du traitement.

III. — TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Il faut savoir que droguer des enfants est le plus souvent inutile, sinon nuisible. Ne voit-on pas d'ailleurs se déclancher des anorexies par abus de médicaments ? Les conseils d'hygiène et d'alimentation suffisent le plus souvent à obtenir de très bons résultats. Par cela, nous nous rapprochons de la théorie naturiste dont le premier chapitre de la tétrade thérapeutique est le réglage alimentaire.

N'employer qu'avec la plus grande réserve la série des médicaments dits fortifiants : arsenicaux (l'anorexie est souvent le premier signe de l'intolérance arsenicale), fer, huile de foie de morue, quinquina, etc...

Deux médicaments surtout, sont les meilleurs adjuvants du traitement et rendent les plus grands services en stimulant l'activité hépatique.

1° La médication alcaline par la *Solution de Bourget* dont les éléments pourront être dosés différemment. On en prescrira par exemple une cuillerée à café trois fois par jour.

2° *Le Boldo*, sous forme de teinture de Boldo, que l'on donnera dans un peu d'eau avant les repas : cinq à six gouttes avant les deux principaux repas pour un enfant de deux à six ans.

On alternera par exemple ces deux médications par périodes de huit jours, avec un repos de dix jours sans aucun traitement.

Quant au calomel, ne l'employer qu'avec une extrême discrétion en le donnant par milligrammes.

Vient enfin, un groupe de médicaments accéssoires, à n'employer qu'avec modération, par courtes périodes et seulement lorsque l'examen clinique complet en montrera la nécessité. Citons par exemple : la limonade chlorhydrique, les ferments digestifs (papaïne, pepsine, maltine).

Les poudres absorbantes à base de charbon, la belladone, les mucilages, l'huile de paraffine, pourront être prescrits s'il existe des signes de côlité.

Deux médicaments ont trouvé créance depuis quelques années, nous voulons parler de l'insuline à très petites doses et de l'extrait thyroïdien, même chez des enfants ne présentant aucun signe d'insuffisance thyroïdienne. Les amers seront le plus souvent évités surtout chez les jeunes enfants.

Terminons ce bref exposé en disant qu'un examen général complet de l'enfant s'impose, et que c'est lui qui dictera la thérapeutique à conseiller.

Le traitement antisyphilitique pourra être indiqué chez de petits hypotrophiques à hérédité plus ou moins douteuse, à foie insuffisant. Les frictions

et surtout les suppositoires mercuriels pourront rendre des services.

Ne pas négliger enfin les conseils d'hygiène générale (aération, lumière, propreté, etc...) qui viendront renforcer efficacement les bons effets du régime alimentaire et de la psychothérapie.

IV. — RÉSULTATS

Le plus souvent on obtient de cette double thérapeutique, régime ascendant et psychothérapie, des résultats étonnants par leur rapidité. Ce résultat est souvent durable et se traduit par une reprise du poids, souvent importante, indice d'une meilleure nutrition. Cet enfant qui, il y a quelques jours à peine, refusait la presque totalité de sa ration, va prendre ses repas complètement, à la grande satisfaction de sa famille.

Parfois les résultats sont moins nets, mais suffisamment importants pour amener une reprise suffisante de l'alimentation. Les rechutes sont cependant possibles ; on verra, dans un temps plus ou moins éloigné, des reprises de l'anorexie. Si parfois c'est sans cause appréciable, le plus souvent c'est parce que les parents recommencent les erreurs du début.

Il est évident qu'il est difficile du premier coup de supprimer des erreurs si solidement enracinées.

Le régime ascendant pourra alors être repris ; mais un tel régime ne devra pas être pratiqué trop souvent, car il est évident qu'il irait contre le but cherché en conduisant à une véritable dénutrition.

En général, les périodes d'amélioration sont suffisamment longues pour permettre, de temps à autre, de recourir sans inconvénient, à de courtes reprises du régime ascendant.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (H. JANET)

Lucette D... a 7 ans 1/2 ; elle est amenée au Docteur Janet le 1^{er} février 1938 pour anorexie.

Antécédents. — P.N. 3 kgs 500, née à terme, mise immédiatement en nourrice à la campagne où elle y reste jusqu'à l'âge de 3 ans ; elle aurait été mal nourrie. Pendant sa deuxième année elle « dépérissait ». Elle est reprise chez ses parents à l'âge de 3 ans, et dès ce moment, l'anorexie est constatée et dure jusqu'à maintenant (7ans 1/2). L'enfant « n'a jamais faim » aux repas ; elle ne mange que forcée ; chaque repas dure longtemps (2 heures, disent les parents).

Autres signes digestifs. — Se plaint parfois de l'estomac ; le ventre est souvent ballonné. Les selles sont volumineuses, moulées, jaunes, changeant parfois de couleur, devenant « mastic » quand elle a de la fièvre, mauvaise odeur.

Signes généraux. — Elle a souvent des accès de fièvre, précédés de 2 à 3 jours d'énervement et de quelques douleurs dans le ventre. L'enfant a souvent des maux de tête et des vomissements au cours des accès. La température est élevée et tombe rapidement (jusqu'à 35°3). Ces accès se répètent souvent sans régularité (elle en a souvent un par mois). Entre ces accès, l'enfant est toujours fatiguée, peu active, a souvent mauvaise mine. Le poids reste longtemps stationnaire.

Conditions d'hygiène. — Excellentes conditions d'aération et de lumière, les parents habitant aux environs de Paris.

Conditions psychiques. — L'enfant est élevée par une bonne qui la gâte énormément. Tous les matins, on lui indique et on lui soumet plus ou moins le menu de la journée.

Conditions d'hygiène alimentaire. — L'alimentation semblable de bonne qualité et variée mais, fait particulier, il y a un *éthylisme certain*. Pendant deux ans, l'enfant ne buvait que du cidre pur. Actuellement, elle boit trois à quatre verres d'eau rougie à chaque repas, avec au moins un tiers de vin dans chaque verre.

L'examen montre une enfant d'aspect général médiocre, pâle, le poids est de 17 kgs 206, la taille 1 m. 18.

L'enfant semble peu active. Les mains et les pieds sont facilement froids. Le foie est gros et ferme, il débordé de un à deux travers de doigt les fausses côtes.

Diagnostic. — Il s'agit donc d'une anorexie par faute d'hygiène alimentaire et surtout psychique. Alimentation forcée avec un état général insuffisant. De plus, éthylisme évident expliquant en partie l'anorexie. Le cas est donc complexe.

Le traitement institué fut le suivant :

1° Psychothérapie longuement expliquée en dehors de la présence de l'enfant.

2° Suppression du vin et du cidre.

3° Solution Bourget, Boldo, extrait hépatique.

2^e Consultation le 5 mai 1938. — « L'enfant, disent les parents, a changé formidablement dès l'institution du régime. » L'appétit est revenu : « Elle mange comme elle n'a jamais mangé depuis plusieurs années. »

La restriction des liquides s'est faite assez facilement après une courte période de protestation. Elle a eu un seul accès de fièvre ; elle est encore nerveuse par périodes.

L'examen montre une enfant beaucoup mieux au point de vue général, le foie est encore un peu gros et ferme.

Traitement : Bourget, Végéphos.

Poids : 20 kgs 050. Taille : 1 m. 192.

Elle a donc pris presque 3 kgs en 3 mois.

3^e Consultation le 19 juillet 1938. — Revient à cause de pertes vaginales.

« L'appétit est bon et régulier ». On n'a pas eu besoin de reprendre le régime ascendant.

Les selles sont normales. Présente des épistaxis fréquentes depuis un mois ; n'a plus eu d'accès de fièvre.

À l'examen, l'enfant a un très bon aspect général.

OBSERVATION N° II (H. JANET et DOOR)

Sylvie B... est une enfant de 3 ans 1/2 qui a été confiée dès sa naissance par l'assistance publique à une famille ou-

rière du Nord. On ne sait que peu de choses sur ses antécédents, si ce n'est qu'elle est née prématurément à 8 mois, pesant 2 kgs 100. Jusqu'à 3 ans, elle reste aux soins de cette famille où déjà elle est considérée comme une petite mangeuse. Sa nourriture à cette époque ne peut être précisée, mais on a tout lieu de croire, vu l'état économique de la famille, qu'elle est soumise, non pas à des privations, mais à une alimentation grossière faite de soupes au lard, graisses, etc...

Elle est adoptée, à l'âge de 3 ans, par une famille parisienne, qui, après le désespoir d'avoir perdu leur unique enfant, reporte toute son affection sur Sylvie.

La voilà dans d'excellentes conditions d'hygiène générale, mais entourée d'une sollicitude par trop exagérée. Pendant les deux premiers mois, son appétit, quoique médiocre, est stimulé par une nourriture saine et extraordinairement variée ; son poids augmente alors de 3 livres en 2 mois 1/2. Elle fait quatre repas par jour ; l'alimentation paraît bien conduite, elle est équilibrée et variée ; à noter cependant que le matin on lui donne à sa volonté : phoscao, banania, ovomaltine et que pendant trois mois on lui donne chaque soir un yogourth.

Puis à partir de juin 1938, son appétit devient capricieux, puis diminue rapidement en même temps que son poids, d'abord stationnaire, diminue notablement.

Elle se met à table très difficilement, ne songeant même pas aux heures des repas. « Elle ne vient pas à table la première et en sautant de joie comme le font les enfants », nous dit la mère. Elle part alors à la campagne trois mois avec sa nouvelle famille, dans d'excellentes conditions d'hygiène. Malgré cela, les repas deviennent de plus en plus pénibles. « Elle perd sa gaieté et se met même à pleurer dès qu'elle voit préparer les repas. » Elle partage son goûter avec ses petites amies et le peu qui lui reste, elle met un temps considérable à l'avaler. Les repas sont de « véritables cauchemars », ils s'éternisent. On tente de la distraire par tous les moyens, et sans aucun résultat. Deux méthodes s'affrontent à chaque repas. La mère gronde et menace, le père la prend par la douceur ; l'enfant dit même : « J'aime mon papa parce qu'il ne me donne pas de fessée ». C'est d'ailleurs par cette dernière méthode qu'on parvient à lui faire prendre quelques bouchées de viande, mais elle la mâche longtemps, la

suce, puis finit par la recracher. Elle vomit ce qu'elle ne veut pas, et qu'on lui fait absorber tout de même.

En septembre 1938, elle nous est amenée à la consultation et la mère éplorée nous fait l'exposé que nous venons de reproduire.

Sylvie est une enfant très vive, remuante ; elle est éveillée, cherche à apprendre, s'intéressant à tout ce qui l'entoure. Pendant que nous interrogeons la mère, Sylvie intervient fréquemment dans la conversation.

Elle est très affectueuse, elle a pleuré huit jours lorsqu'elle a quitté sa première famille nourricière. Elle est carressante, cherche à faire plaisir, ne dit jamais de mots désagréables. Elle est très nerveuse, ne reste pas en place, se réveille parfois en sursaut pendant la nuit.

« Elle sait qu'on s'occupe d'elle et en abuse un peu », dit la mère. « Elle ne mange pas à table parce qu'elle entend toujours son père répéter qu'il ne faut pas la forcer. » Elle est capricieuse et base ses désirs sur ceux de son père qui la câline ; elle dit notamment : « si papa veut manger du gâteau, j'en veux aussi ; si papa n'a plus faim, moi non plus je n'ai plus faim ».

L'examen de l'enfant est à peu près négatif. Elle est petite, d'aspect général moyen. Bon facies, peut-être un peu pâle. Le thorax est légèrement évasé à sa base. Foie et abdomen normaux. Elle présente des alternatives de diarrhée et de constipation ; ses selles s'effritent et sont parfois un peu décolorées, on y trouve souvent des parcelles d'aliments non digérés. Sa langue est saburrale.

Elle ne tousse jamais, radio et cuti négatives.

Pas de signes cliniques apparents d'hérédos-spécificité. On relève cependant sur son carnet un traitement par frictions mercurielles et injections de sulfarsénol, fait dans un dispensaire (la note qui nous est transmise par celui-ci dit que ce traitement a été institué parce que la croissance était lente et que l'enfant était née prématurément). Malgré ce traitement, l'enfant était restée anorexique.

Voici donc une enfant qui, depuis le début de sa courte existence, s'est trouvée successivement dans deux familles qui ont réuni à elles deux, les fautes d'hygiène psychique et alimentaire que nous nous sommes proposés d'exposer dans ce travail.

1° D'une part, dans sa première famille où on ne l'écoutait guère, mais par contre où l'alimentation était des plus défectueuses et où les troubles digestifs n'ont pas tardé à apparaître.

2° Dans sa famille actuelle, où les règles d'hygiène générale et alimentaire ont été respectées, mais où la sollicitude excessive qui l'entoure contribue à entretenir son anorexie.

Le 17 septembre 1938, on institue le régime ascendant. On explique longuement à la mère le but de ce régime et la rigueur avec laquelle elle devra l'appliquer.

En raison de l'insuffisance hépatique légère, on prescrit dix jours de solution de Bourget, alternés avec dix jours de teinture de Boldo et un calmant du système nerveux (Neuro-calcium).

Nous revoyons la mère et l'enfant le 2 octobre 1938. L'enfant a accepté son régime sans se plaindre, ni réclamer autre chose ; il paraissait largement lui suffire. Une fois seulement elle a réclamé un plat qu'elle voyait sur la table. Comme on lui refusait, elle n'a pas insisté.

Quinze jours après, le 17 octobre, la mère revient enchantée. Elle dit que depuis huit jours il y a un progrès considérable. Sylvie accepte tous les repas en plus grande quantité. Elle ne pleure plus en voyant préparer les repas, elle paraît même les attendre. Leur durée est plus courte et il lui arrive souvent d'avoir fini la première ; depuis quelques jours, elle réclame son goûter. Poids : 11 kgs 250.

Le 27 octobre, nous revoyons l'enfant : elle pèse maintenant 11 kgs 450 et mesure 97 cm. Elle mange comme il faut, depuis trois semaines elle n'a pas été grondée au cours des repas. Elle réclame toujours son goûter avec impatience. Bien plus, l'enfant est moins coléreuse, la mère a beaucoup plus d'autorité et l'enfant sait parfaitement maintenant, qu'on ne lui cède plus.

Cependant il y a encore quelques petites fautes psychiques de la part de la mère, et encore actuellement elle se relève 3 ou 4 fois la nuit pour voir si son enfant dort bien. Et il se produit parfois que l'enfant est éveillée, tranquille dans son lit, et semblant attendre que sa mère vienne la voir.

OBSERVATION N° III (H. JANET et DOOR)

L... Jeannine a 6 ans ; elle est adressée au Docteur Janet le 20 juillet 1938 par le Docteur Talheimer auquel elle a été présentée avec le diagnostic possible d'appendicite.

Dès sa naissance (P.N. 4 kgs 250), elle se révèle comme une enfant difficile à élever ; elle est déjà anorexique et vomit son lait facilement. Dès l'âge de 7 mois, elle présente des poussées fréquentes de rhino-pharyngite et est suspecte d'adénopathie trachéo-bronchique. Elle est alors élevée à la campagne et suivie très régulièrement à la radio ; les cuti-réactions se sont toujours révélées négatives.

Les phénomènes digestifs qui nous intéressent particulièrement se sont précisés il y a environ un an, par des crises douloureuses abdominales fréquentes avec vomissements bilieux, diarrhée, température légère. Ce sont ces crises qui firent penser à l'appendicite. Mais après avoir été mise en observation aux Enfants-Malades, on s'oriente plus justement vers le diagnostic de gastro-entérite. Ce qui domine surtout, c'est qu'il s'agit d'une enfant anorexique ne s'alimentant que par la contrainte : « les repas durent des heures, à chacun d'eux il faut réchauffer les plats ». Ce sont de véritables scènes pour la faire manger.

Il s'agit d'une enfant d'aspect général assez médiocre, à peau un peu sèche. Son ventre est souple, sans douleur localisée. Le foie paraît normal, non douloureux à la pression. Selles habituellement molles et claires. Elle a maigri de 3 kgs depuis 3 mois et ne pèse actuellement que 15 kgs.

L'examen général et particulièrement pulmonaire se révèle totalement négatif.

C'est une enfant nerveuse, très remuante. Elle est intelligente, en avance d'une année à l'école. Mais son caractère est très difficile : « c'est une enfant non faite », dit la mère. Elle n'est jamais confiée à une personne étrangère, et se trouve dans d'excellentes conditions d'hygiène générale.

L'étude de son régime montre des heures de repas régulières. On note quelques fautes alimentaires : l'enfant prend très fréquemment dans la semaine un jaune d'œuf sur le plat ; pas de légumes verts, peu de fruits crus, sauf des oranges.

L'entourage de l'enfant montre une mère nerveuse, in-

quiète. Le père, gazé de guerre et ancien bacillaire, ne dit jamais rien, « il n'est pas ferme », état dont l'enfant profite largement.

En résumé : Enfant hypotrophique, anorexie constante (alimentation forcée, milieu familial nerveux). Plusieurs crises de gastro-entérite récentes ayant fait penser à l'appendicite dont il n'existe actuellement aucun signe objectif.

Traitement : régime ascendant, psychothérapie, antiseptique intestinal (charbon).

Deuxième consultation le 15 octobre 1938. — Poids : 16 kgs 500. *Taille :* 1 m. 11.

Après le traitement, l'enfant s'est mise à bien manger et a pris régulièrement du poids. Elle dort bien et ne vomit plus jamais. Depuis trois semaines, reprise légère de l'anorexie, mais surtout l'enfant est redevenue nerveuse : à l'école on doit la mettre à une table séparée de ses camarades. Les derniers repas ont été très longs et mouvementés ; notamment une fois où il a été nécessaire de réchauffer neuf fois un plat. On se fâche, on ne cède pas ; on a essayé de la mettre au lit, de lui faire honte, mais rien n'a fait. On prescrit une reprise du régime ascendant.

Troisième consultation le 29 octobre 1938. — Amélioration très marquée. Depuis quelques jours, elle ne laisse absolument rien dans son assiette. Elle réclame avec insistance son goûter. *Poids :* 17 kgs. *Taille :* 1 m. 12.

OBSERVATION N° IV (H. JANET et DOOR)

Claude J..., 4 ans, nous est amenée à la consultation le 13 octobre 1938 parce que, depuis le mois de mai dernier, elle est devenue extrêmement nerveuse et ne veut pas manger.

P. N. à terme 2 kgs 950. Toute sa première enfance a été normale. Ce n'est que depuis le mois de mai, au retour des vacances, qu'elle est devenue très nerveuse, faisant de véritables crises de colère avec mouvements spasmodiques des membres, crises qui se manifestent dès qu'on la contrarie.

Jusqu'au mois de juin, son appétit était à peu près normal, mais depuis cette date, les repas sont devenus difficiles. « Elle ne fait pas honneur à la table », dit la mère, et elle contraste avec sa jeune sœur qui a 2 ans 1/2, et qui se met

à chanter et à sauter dès qu'elle aperçoit qu'on va mettre la table. Au contraire, Claude se cache, et il faut aller la chercher pour la mettre à table. Ce sont alors des repas qui s'éternisent ; il faut souvent réchauffer les plats deux ou trois fois. On tente de la distraire en lui racontant des histoires, mais ce n'est que par des menaces qu'on réussit à grand'peine à lui faire prendre quelque nourriture qu'elle garde longtemps dans la bouche avant d'avalier. Elle ne vomit jamais. A la fin du repas, elle s'en va d'un air content en disant : « Enfin, ça y est, et je n'ai pas tout mangé ! »

C'est une enfant assez capricieuse, très intelligente, extrêmement vive. Elle est assez indépendante et ne recherche pas les caresses, comme le fait sa sœur ; elle aime cependant ses parents, puisqu'on réussit à la faire manger en disant : « Si tu ne manges pas, maman s'en va. »

L'étude de son régime alimentaire révèle quelques fautes importantes. Tous les matins, on lui donne du cacao ; très souvent, 3 fois par semaine, elle a une sardine, car la mère entend dire autour d'elle que c'est excellent pour les enfants ! Elle a une préférence pour les pommes de terre et les pâtes, délaissant la viande et les légumes verts. Elle prend très peu de fruits, les conditions économiques de la famille n'en permettant pas toujours l'achat.

Les conditions d'hygiène générale nous semblent satisfaisantes ; la mère l'emmène chaque après-midi faire une promenade au bois qui se trouve à proximité de son domicile.

L'examen montre une enfant un peu chétive, elle pèse 14 kgs 500. Taille : 97 cm. L'abdomen est souple, le foie est un peu sensible mais non augmenté de volume ; les selles sont normales.

Elle présente actuellement une poussée de prurigo strophulus. Le reste de l'examen est négatif. Les signes de nervosité qu'elle présente ne se traduisent par aucun signe neurologique. Pas de signes d'hérédos-spécificité (voûte et dents normales). A noter toutefois que la mère présente des dents d'Hutchinson (Pas de F.C., B.W. négatif).

En résumé : Enfant très nerveuse présentant une anorexie durable depuis le mois de juin, due à des fautes alimentaires et entretenue par le psychisme de la famille. Nous devons cependant nous demander, en raison des signes d'hérédos-spécificité de la mère, s'il n'y a pas la possibilité chez

cette enfant d'une hérédos-spécificité à la seconde génération. Aussi nous envisagerons chez cette enfant, après la reprise de l'alimentation normale, d'un petit traitement mercuriel en suppositoires.

Deuxième consultation le 22 octobre 1938. — L'enfant a accepté le régime ascendant ; elle mange maintenant les légumes verts qu'on lui présente. Elle ne fait plus aucune difficulté pour se mettre à table ; elle est moins nerveuse et dort bien la nuit. On lui parle avec douceur et cela paraît donner de très bons résultats.

Troisième consultation le 29 novembre 1938. — Poids : 14 kgs 950. Taille : 98 cm. La mère est enchantée : « Claude fait plaisir à voir manger ». Au goûter, elle réclame une seconde tartine et à six heures elle mange « comme si elle n'avait rien pris depuis le midi ». L'autorité de la mère est bien plus forte, Claude obéit et est beaucoup plus gentille. Encore quelques petits mouvements d'impatience, mais très éloignés les uns des autres. Elle dort bien et fait toutes ses nuits sans s'éveiller une seule fois.

OBSERVATION N° V (H. JANET et DOOR)

Madeleine G..., 6 ans 1/2, est amenée par sa mère à la consultation du 28 décembre 1938 pour anorexie datant d'environ 3 mois.

Antécédents : C'est une enfant née à terme (P.N. 2.900) élevée jusqu'à 14 mois uniquement au sein ; elle n'a marché qu'à 18 mois : Tous les ans, l'enfant est menée, pendant les vacances, pour un mois à la campagne, puis à la mer (côte de la Manche), ce qui lui fait beaucoup de bien. L'enfant présente alors un excellent appétit.

Au mois d'octobre 1938, l'enfant est mise à l'école et, à partir de ce moment, son appétit commence à diminuer. Il faut « la faire manger », lui promettre le cinéma, des friandises, des sorties. Malgré ces promesses, les repas s'allongent, les mets se refroidissent et l'enfant les refuse encore plus énergiquement. Elle refuse surtout les légumes, prenant plutôt la viande. Actuellement les parents lui présentent les légumes avant la viande, mais sans grand résultat.

Conditions d'hygiène générale. — Alors que pendant toute sa première enfance, on la promenait tous les jours quatre heures environ au parc Montsouris, elle n'est actuellement promenée que très irrégulièrement, une heure par jour au maximum. L'enfant couche dans la chambre même de ses parents.

Conditions d'hygiène alimentaire. — L'alimentation paraît variée. Cependant, elle prend une alimentation trop carnée, viande aux repas du midi et du soir, aux dépens des légumes. Les fruits ne sont donnés qu'en faible quantité, l'enfant les refusant le plus souvent.

Conditions d'hygiène psychique. — C'est une enfant unique qui règne en véritable maîtresse dans sa famille, à laquelle se joint la grand'mère maternelle et une tante. La mère paraît très inquiète sur la santé de sa fille et il apparaît un réel soulagement sur son visage lorsqu'on lui dit que l'enfant n'avait rien.

L'examen nous montre une enfant pâle, les yeux sont cernés. Elle est maigre, nerveuse. Son ventre est souple, le foie est normal. Les selles sont régulières et de couleurs normales.

L'enfant, pendant ces 3 derniers mois, aurait beaucoup grandi ; mais il semble que, dans l'ensemble, elle ait maigri sans pouvoir préciser de combien exactement. Actuellement, elle pèse 18 kgs 300 et mesure 1 m. 15.

Depuis un mois, la mère a remarqué que l'enfant fait de petites crises d'urticaire très passagères (une heure), à la suite de l'ingestion de jambon, poisson, surtout la morue. Depuis huit jours est apparue sur les mains, une éruption dishydrosique, prurigineuse, sans modification depuis son apparition.

Le reste de l'examen est totalement négatif. La cuti-réaction est négative, la radioscopie pulmonaire révèle quelques calcifications hilaires.

En résumé, anorexie durable datant de trois mois environ, chez une enfant apparemment normale, mais vivant dans des conditions d'hygiène psychique déplorable et alimentation défectueuse.

Traitement : régime ascendant, psychothérapie, solution de Bourget.

L'enfant est revue le 4 février 1939. L'anorexie a tota-

lement disparu. En effet, l'enfant demande à manger spontanément. La durée des repas est normale et souvent l'enfant réclame une ration supplémentaire au repas ordinaire.

A l'examen, aspect général amélioré. Elle pèse maintenant 19 kgs 150, ayant pris 850 grammes en un mois. Sa taille est inchangée (115 cm.).

OBSERVATION N° VI (H. JANET et DOOR)

Lucette T..., 3 ans, est amenée à la consultation le 9 décembre 1938 pour anorexie datant presque depuis sa naissance, mais ayant pris depuis ces derniers mois des proportions inquiétantes.

Née à terme, pesant 4 kgs 250, elle est nourrie au sein jusqu'à 6 mois. Dès l'âge de 4 mois, l'enfant prend difficilement le sein et la tétée dure parfois deux heures (un examen de lait fait à cette époque révèle une légère augmentation des matières grasses). L'enfant est mise alors au bibeurre et au sein, mais elle vomit le bibeurre et la mère insiste au moment des tétées pour tenter de lui faire prendre une ration à peu près normale. A 7 mois, on essaie les bouillies, mais l'enfant les prend difficilement. A 9 mois, on commence à lui donner du bouillon de légumes et on remplace le sein par le lait Nestlé, mais l'enfant met souvent plus d'une heure pour finir son biberon. A 10 mois, on lui donne une alimentation correcte pour son âge, mais on a toutes les peines du monde pour la faire manger. Il faut l'amuser, taper sur des casseroles en guise de tambour, mettre des jouets sur la table, et les repas durent souvent plus d'une heure.

A 2 ans, l'enfant pèse 12 kgs. Cependant elle mange de moins en moins ; les repas s'allongent et, dès que l'enfant reçoit une petite quantité d'aliments, elle essaie de les rejeter. On patiente un peu puis on reprend l'alimentation un quart d'heure après, d'où une durée totale de deux heures pour un seul repas.

Au mois de décembre 1938, elle a alors 2 ans 1/2 et la mère, inquiète, nous l'amène pour son anorexie s'accroissant de plus en plus.

Enquête alimentaire. — 8 h., bol de lait avec un peu de café, pain, beurre, banane.

11 h., purée de pommes de terre, jambon ou cervelle, parfois bouillie à la semoule de blé, banane.

14 h., bol de lait, élesca, pain, beurre, banane.

19 h., soupe aux légumes et pâtes, bol de tilleul, parfois mandarine ou orange.

Par conséquent, alimentation presque exclusivement hydrocarbonée et graisses. 3 bananes par jour. Heures de repas défectueuses.

Conditions d'hygiène satisfaisantes. L'enfant habite dans un appartement convenable ; elle est promenée deux heures par jour.

Conditions d'hygiène psychique. — Entourage plein de sollicitude, tentatives néfastes d'amusement pour essayer de la faire manger.

Examen. — L'enfant pèse actuellement 10 kgs 600, un peu hypotrophique, mais ayant de bonnes couleurs.

Son ventre est souple, son foie est normal. Le reste de l'examen est entièrement négatif (cutiréaction négative).

Il y a 3 jours, elle a présenté un vomissement bilieux survenu le soir, sans fièvre. Les selles sont au nombre de 1 à 2 par jour, un peu glaireuses, bien colorées.

C'est une enfant plaintive ; elle fait fréquemment des crises de colère avec grincements de dents. La nuit, son sommeil est agité. Elle n'a pas fait beaucoup de progrès dans son langage depuis 1 an ; elle comprend tout ce qu'on lui dit, mais elle ne répète que quelques mots courants.

Voici donc une enfant présentant une anorexie durable, rebelle, élevée dans des conditions d'hygiène alimentaire et psychique défectueuse.

Traitement : régime ascendant, psychothérapie, teinture de Boldo.

Le 15 février 1939, la mère nous ramène l'enfant. Anorexie complètement disparue. Son état général est excellent. Elle pèse maintenant 12 kgs.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les diverses formes d'anorexie, il en existe une qui est fréquente et qu'il faut distinguer de la classique anorexie mentale. Elle trouve sa cause dans des *fautes d'hygiène psychique et alimentaire* ; ces deux facteurs sont étroitement associés et agissent l'un sur l'autre.

II. — Elle se rencontre dans les milieux les plus divers, dans les familles fortunées, aisées, modestes ou pauvres.

III. — Elle se développe généralement chez les enfants nerveux, agités, distraits, facilement excitable.

Elle est favorisée et entretenue par le nervosisme des parents. L'inquiétude qu'ils éprouvent et leur sollicitude maladroite les poussent à commettre des erreurs dans l'alimentation et à suggestionner l'enfant dans un sens contraire à leur désir.

IV. — Elle peut exister à l'état pur, mais aussi être associée à une anorexie d'origine somatique ou à d'autres fautes d'hygiène générale, importantes mais banales; elle devra donc être recherchée minutieusement afin d'en tenir compte dans le traitement du complexe anorexique.

V. — Elle est diagnostiquée par une enquête approfondie portant d'une part sur le psychisme de l'enfant et celui de son entourage, et d'autre part sur les fautes de régime que les parents commet-

tent dans le but précisément de combattre l'anorexie.

VI. — De même que son étiologie est double, son traitement sera double.

On instituera donc un traitement en deux parties :

1° *Redressement alimentaire par le régime ascendant.*

Ce régime consiste à laisser l'enfant à une diète hydrique à peu près complète pendant une journée. A donner le lendemain un régime très légèrement farineux ; puis les jours suivants un régime mixte de valeur nutritive progressivement croissante pour arriver (entre les 3° et 6° jours selon les cas) à un régime largement suffisant, équilibré, bien présenté, hygiénique et sapide.

2° *Psychothérapie.* — La première partie préparant le terrain à la seconde.

La personne qui s'occupe de l'enfant devra sembler ignorer qu'il est anorexique. Les repas seront toujours courts, servis avec une autorité indifférente. On devra refuser net si l'enfant demande quoi que ce soit en dehors du régime prescrit. On devra, pendant les quelques jours du régime ascendant, ne jamais insister plus de quelques secondes si l'enfant refuse ce qui est présenté.

VII. — Ce double traitement donne des résultats bien souvent excellents, parfois même éclatants. Les rechutes d'anorexie, si elles se produisent, nécessiteront, de loin en loin, la reprise du régime ascendant, la psychothérapie d'entretien devant, elle, être continuée sans interruption.

Le succès est fonction de l'autorité avec laquelle le traitement est appliqué. Il requiert la collaboration sans défaillance de la mère ou de la personne chargée de l'enfant.

Vu : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*

Robert DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

Ch. ROUSSY



BIBLIOGRAPHIE

- Edouard PICHON. — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent.
- J. CATEALA. — Les régimes déséquilibrés et leurs conséquences pathologiques dans la première enfance (Les thérapeutiques nouvelles, 1938).
- MOURIQUAND. — Les enfants mal alimentés. (Expansion scientifique française, Paris 1929).
- E.-M. WINOGRAD. — Le facteur nerveux dans l'anorexie du nourrisson (Thèse, Paris 1935).
- J. HUTINEL. — L'anorexie chez l'enfant (Actualités Infantiles, Paris 1932).
- H. JANET. — Sur une forme d'anorexie des enfants, son traitement par le régime ascendant et la psychothérapie (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, 10 mars 1936).
- M. LELONG. — Les anorexies du nourrisson (La Vie Médicale, 25 février 1930, page 211).
- LECADRE. — Contribution à l'étude de l'anorexie des nourrissons (Thèse, Paris 1931).
- LEREBoullet. — L'anorexie du nourrisson, ses causes et son traitement (L'Echo des Praticiens, n° 156, mars 1930).
- L'anorexie du nourrisson, ses causes et son traitement (Le Progrès Médical, 8 mars 1930, n° 10, page 418).
- Le facteur nerveux dans l'anorexie du nourrisson (L'Infirmière Française, décembre 1935).

R. MATHIEU et E. LEROY. — Le traitement des anorexies de cause névropathique chez le nourrisson (Le Bulletin Médical, p. 739, 24 octobre 1931).

PECHÈRE. — Anorexie mentale chez l'enfant (Sté méd. chirg. du Brabant, S. 26.2.36, in : Bruxelles Médical, n° 19, 8.3.36).

A. BOHN. — Les problèmes que je pose quotidiennement : l'anorexie des jeunes enfants (L'Hôpital, n° 386, juillet 1935).

Mme TANNEBERG. — Contribution à l'étude de la ration alimentaire des enfants de 2 à 15 ans (Thèse, Paris 1920.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	II
CHAPITRE PREMIER. — <i>Généralités. — Limitation du sujet</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Le milieu familial</i>	15
CHAPITRE III. — <i>La psychologie de l'enfant. — Le drame des repas</i>	19
CHAPITRE IV. — <i>Les conséquences de l'anorexie sur la nutrition et le psychisme de l'enfant. Le cercle vicieux</i>	23
CHAPITRE V. — <i>Les erreurs alimentaires</i>	29
CHAPITRE VI. — <i>Diagnostic</i>	39
CHAPITRE VII. — <i>Traitement</i>	42
OBSERVATIONS	53
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	69

